問 診 票

お 名 前	性別	生年月日	年齢
ふりがな		大 ・昭 平 ・令　　年　　月　　日	満　　才
	男･女	自宅電話	
		携帯電話	
住所			

1. 今日はどうしましたか

右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 （　　年　　月　　日頃から）

視力低下･充血 ･かゆみ ･目やに ･ゴロゴロする ･涙 ･腫れ
痛み ･かすみ（近く･遠く）･黒いものや糸くずが見える
けが ･コンタクト作製 ･その他(　　)

2. メガネやコンタクトを使用していますか

遠くを見る眼鏡 ・ 老眼鏡 ・ コンタクト（ソフト・ハード）・ない

3. 当院を知った理由をお聞かせ下さい

新聞 ･広告 ･インターネット ･看板 ･口コミ ･紹介(　　)

4. 今までに眼の病気・手術をしたことがありますか　ある ・ ない

ある場合　病名（　　）病院名（　　）

5. 今までに病気や、通院している病院はありますか　ある ・ ない

高血圧･糖尿病(HbA1c　%)･心臓病･腎臓病･喘息･その他(　　)
ある場合　病院名（　　）

6. 薬や食べ物にアレルギーはありますか

ある場合 （　　） ・ ない

7. 本日運転をする予定はありますか　ある ・ ない

※眼底検査を受けられる場合４～５時間運転ができなくなります

8. 女性の方のみ

現在妊娠されていますか　はい・いいえ
授乳中ですか　はい・いいえ

9. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか　はい・いいえ

当院は診療情報を取得･活用することにより、質の高い医療の提供に努めています
正確な情報を取得･活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします